

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ САМОРЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА

Вадим ЖУРОВ

Реабілітація інвалідів – це комплекс системних структурованих впливів суспільних інституцій з метою повернення інваліда до “нормального” життя і праці в межах його психофізичних можливостей. У науковій літературі, принаймні для інвалідів зі збереженим інтелектом, реабілітаційні впливи характеризуються як динамічні, перманентні та структуровані в дуже широкому діапазоні (від біомедичних до соціально-психологічних форм). Є. Агеев, вказуючи на динамічність реабілітації, зазначає, що в умовах науково-технічного прогресу “...ефективність системи реабілітації визначається здатністю цієї системи постійно вдосконалюватися відповідно до вимог часу. Це здатність системи реабілітації до соціальної мобільності”. Структура реабілітації інваліда суспільством при порушеннях інтелекту видається нам дещо вузкою, з меншою амплітудою перманентності і динаміки.

Хоча **система реабілітації** достатньо розроблена в теорії і практиці стосовно глибини, віку набуття, типу, комбінованості порушень, однак існують **проблеми загального характеру**, що даються взнаки на суб'єктивному рівні. Сформулюємо ці проблеми в нашому баченні.

☞ Реабілітація має вектор спрямованості від суспільства до суб'єкта. Ці зовнішні соціальні впливи, хоча й мають на меті становлення особистості, але формують і реформують її недостатньо, переважно в освітніх закладах для дітей. У формуванні особистості за цим тором дещо дискримінується зворотний – від суб'єкта до суспільства. Недостатньо виробляється здатність до самореабілітації, яку навіть не визначено понятійно. Тому ефективність реабілітаційних впливів знижена внаслідок обмеження рівня набуття певної функціональності та “спокійного сприймання своєї неповноцінності”. Отож, часто формується відомий “комплекс Іони”, як прагнення до середніх досягнень.

☞ Попередньо окреслена нами проблема детермінує наступну: перманентні характер і динамічність більшості видів реабілітації мають дуже розтягнуту амплітуду і зменшуються з віком. Якщо інвалід має “комплекс Іони” – то має нижчий середній рівень реабілітації (елементарної трудової і соціальної), який задовольняє його основні потреби.

Реабілітація, досягнувши певного невисокого, але начебто достатнього рівня, самоліквідується, спрямовуючись лише на оновлення здобутого за рахунок засобів технічної компенсації та лікування. Можливо, реабілітація має формувати потребу в самореабілітації, що підвищить ефективність суспільно-суб'єктивного вектора. Задоволення особливих потреб інваліда, хоча і є необхідним, але як один з етапів реабілітаційної роботи. В іншому випадку в інваліда формуються споживацькі тенденції: “Якщо я немічний, то причина не в мені, не в особистості, а в тому, що держава мені дала недостатньо”.

Словник А. Ребера визначає два рівні реабілітованості: а) досягнення достатньої форми або психофізичного стану; б) відновлення попереднього стану в цілому. Значення “а” і “б” тут нетотожні. Ми погоджуємося з А. Ребером у тому, що більшість фахівців прагнуть досягнути значення “а”. Значення “б” є потенційним і перспективним, але, вочевидь, воно більшою мірою може бути досяжним через двовекторний характер реабілітації. Навіть у спеціальному навчальному закладі для дітей-інвалідів доцільно формувати не лише активну самостійну особистість, а, насамперед, здатність особистості до саморозвитку, що в різних сферах особистості веде до самореабілітації.

Вітчизняна спеціальна педагогіка і психологія має два базових положення у проблемі, яку ми розглядаємо: 1) “необхідно переключати інтерес на доступну сферу діяльності”; 2) метою реабілітації є досягнення найвищого рівня реабілітованості з метою “інклюзії”, або включення в соціум. Ці два положення видаються суперечливими, тому потребують певного аналізу.

Доступна діяльність та її опанування ще не є вищим рівнем реабілітації. При збереженому інтелекті важливо досягнути елементарної реабілітації, рівня актуальної реабілітованості, що практично ототожнюється з трудовим функціонуванням. На цих двох етапах психолого-педагогічна реабілітація має закладати основи для третього рівня – самореабілітації як

динамічної в онтогенезі здатності до саморозвитку, самоактуалізації, самовдосконалення в тих реабілітаційних напрямках, які важливі, властиві і можливі для конкретної особистості. При збереженому інтелекті важко прогнозувати верхню межу реабілітованості інваліда, тому не можна обмежуватися актуальним рівнем. На місцях, у спілках інвалідів і спеціальних навчальних закладах можуть системно розв'язуватися **три завдання, які забезпечуватимуть реабілітаційний процес:**

- ☞ окреслення кожною особистістю перспективних ліній свого розвитку, системна мотивація прогресивних змін;
- ☞ формування готовності до саморозвитку, здатності до нього;
- ☞ забезпечення відповідних цільових консультацій на всіх етапах онтогенезу щодо стимулювання саморозвитку.

В окремих галузях педагогічних наук для певних видів порушення розвитку розроблені реабілітаційні рівні та їх діагностика (переважно щодо соціальної структури реабілітації). У тифлології такі розробки належать Т. Головиній та Е. Стерніній. Але не виділено фронтальних загальнореабілітаційних рівнів. Тому ми пропонуємо наступну **трирівневу шкалу фронтальних загальнореабілітаційних рівнів:**

1. *Елементарна реабілітація*, яка полягає у побутовій, сенсорно-перцептивній адаптації та формуванні мінімального стабілізуючого поля особистості. Цей рівень є найбільш розробленим і досяжним завдяки соціально-суб'єктивному вектору.
2. *Актуальний рівень реабілітованості*. Це трудова адаптація до виробничого або навчального процесу та колективу, отримання певної матеріальної незалежності, вдосконалення функціональної самостійності.
3. *Динамічний перспективний розвиток особистості*, підвищення її статусу, розширення сфер діяльності, набуття нових ролей у соціумі (актуалізація свого потенціалу). Третій етап доцільно формувати упродовж двох попередніх, а також власне у процесі його здійснення.

Згідно з положенням про гетерохронність і кореляційні зв'язки функціональних систем, третій етап практично не обмежений в онтогенезі, а особистість розвивається завдяки ерготичним (функціональним) кореляціям, що утворюються у процесі діяльності. Методологічною основою цього процесу може бути положення про самоактуалізацію особистості А. Маслоу. К. Роджерса та ін.

Таким чином, соціально-психологічні аспекти є пріоритетними для будь-яких досягнень на третьому етапі реабілітації інвалідів зі збереженим інтелектом (з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату).

Абілітація здійснюється через психолого-педагогічні компенсаторні заходи. Професор Є. Синьова наводить **базові положення вітчизняної спеціальної педагогіки щодо теорії розвитку осіб з інвалідністю**. Ці положення важливі для самореабілітації та доповнюють методологічну базу вирішення цієї проблеми. Наведемо їх:

- ☞ розвиток особистості є системним процесом прогресивних, якісних змін;
- ☞ провідна роль цього розвитку належить факторам середовища з урахуванням специфічних біологічних чинників;
- ☞ активність суб'єкта в соціальному та предметному середовищі забезпечує розвиток особистості;
- ☞ внутрішня психічна діяльність формується через зовнішню предметно-практичну, що здійснюється у безпосередньому чи опосередкованому контакті з іншими членами суспільства;
- ☞ розвиток особистості забезпечується динамічними властивостями нервової системи, чим детермінуються закони компенсації.

Отже, розвиток особистості детермінується внутрішніми (нейродинамічними, внутрішніми психічними процесами) та зовнішніми (середовище, активність і діяльність у ньому, спілкування) чинниками. Внутрішні та зовнішні детермінанти корелюють між собою амбівалентно з провідною роллю зовнішнього фактора. Це підтверджує і закон психічної інформації, обґрунтований Г.

Абрамовою.

На рівнях елементарної та актуальної реабілітації у всіх її структурних компонентах відбувається розвиток особистості та враховуються її індивідні особливості. Однак сьогодні особистісно орієнтована модель реабілітації “прижилася” лише в педагогіці, хоча й тут не передбачається формування здатності до самореабілітації. В інших структурних галузях реабілітології, в тому числі і в соціально-психологічній, ця модель функціонує як принцип цілісного підходу до людини, розроблений В. Бехтеревим і Б. Ананьєвим. Тож переорієнтація психолого-педагогічного циклу абілітації на тривалішу та якіснішу роботу з особистістю забезпечить формування здатності до самореабілітації.

Спробуємо дати **визначення поняття “самореабілітація”**. Самореабілітація – це процес та система прогресивного саморозвитку особистості засобами власної внутрішньої та зовнішньої активності; система досягнень в активному періоді онтогенезу, здобутих шляхом емоційно-вольового, інтелектуального, морально-ціннісного, етико-естетичного саморозвитку. Самореабілітованість ми розуміємо як неперервне творення себе, своїх досягнень на благо суспільства. Це творчість, відкритість, поглиблення особистості.

Метою самореабілітації особистості є позитивна динаміка другого критерію сформованості особистості, запропонованого Л. Божович, а саме – свідоме керування власною поведінкою на основі усвідомлених мотивів, цілей, принципів. Ю. Гіпенрейтер зазначає, що для цього критерію, який ми обираємо за динамічну мету, характерна розвинута самосвідомість. Згідно з метою можна **визначити структуру самореабілітації, яка складається з пріоритетних особистісних конструктів та їх саморозвитку**.

Першим конструктом є самосвідомість як синтез самооцінки, самоаналізу, відповідальності, самоконтролю. Об’єктивну передумову – наявність соціальних планів, програм особистості – ми визначаємо як критерій сформованості конструкту. Індикатором критерію є: проходження особистістю етапів власних програм; подолання труднощів на шляху до мети.

Друга структурна складова – мотиваційне поле особистості. Її критерії: наявність динаміки, мотивів у напрямку до вищих (соціальних, ідеальних); індикаторами критерію є наявність вмотивованої, а не випадкової системи діяльності за визначеною метою; виникнення нових, вищих мотивів у різні періоди саморозвитку. Мотивація передбачає установчу систему в динаміці.

Третя складова структури – настанова особистості як основний компонент її спрямованості. Її критерієм є стиль ставлення до власних життєвих цілей; індикатор критерію – співпадання діяльності з цілями, планами, відповідність лінії поведінки цілям і планам. Настанова містить спрямованість особистості, що визначається ієрархією потреб. Головними потребами, які пов’язані з настановою та спрямованістю особистості щодо самореабілітації, можливі вважати: потребу у прийнятті іншими; потребу в активності; потребу в самостійності та незалежності. При цьому відомо, що потреби породжують діяльність і породжуються нею. Тому настанова особистості на самі розвиток передбачає динаміку її потреб.

Четверта складова самореабілітації – емоційно-вольова сфера особистості. Ця складова тісно пов’язана із самосвідомістю. Критерії: емоційна стабільність особистості, індикатор – наявність та дієвість індивідуальної системи саморегуляції станів; ініціативність, індикатор – наявність ідей і дій щодо їх реалізації (С. Рубінштейн зауважує, що для ініціативи важливі якості інтелекту); наполегливість, індикатор – постійні зусилля та кроки до досягнення мети.

Звичайно, особистість більше структурних утворень і якостей, але нами визначено пріоритетні структури, що є рушійними механізмами самореабілітації.

Закономірно виникає питання про напрями, в яких особистість може самореабілітовуватися. Самореабілітація здійснюється в будь-якому напрямі за певних умов. Такими умовами є: неперервна освіта та самоосвіта; постійний пошук зовнішніх і внутрішніх засобів реалізації власних програм через обмежену функціональність.

Життєдіяльність інвалідів, їх досвід підказують **інтегровані напрями самореабілітації**.

До них ми відносимо:

1. Професійне самовдосконалення на основі освіти та самоосвіти.
2. Художньо-естетичне зростання на основі освіти та самоосвіти.
3. Розширення функціональних можливостей, збагачення і набуття різноманітного досвіду практичної діяльності.
4. Етико-естетичний розвиток як фоновий для попередніх трьох: поглиблення філософсько-психологічних, етико-естетичних знань, прийняття високих ідеалів і цінностей.

Людина може самореабілітуватися за першими трьома напрямками, які часто об'єднуються. Другий і четвертий не тотожні, адже другий передбачає не загальну освіченість, а досягнення в галузі художньої діяльності. Четвертий підсилює три перших, але не є самостійним, оскільки він лише покращує, проте не забезпечує функціональність.

Ця публікація є кроком до розвитку проблеми СР, що потребує подальшого обґрунтування та розробки. На даному ж етапі її аналізу можна стверджувати актуальність проблеми для інвалідів та наявність теоретичного підґрунтя. Прикладів високого рівня СР інвалідів у житті дуже багато, що свідчить про емпіричні факти проблеми.